

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ВГО "Асоціація хірургів України"
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова" НАМН України

УХІІІ З'їзд хірургів України

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

Київ
"Клінічна хірургія"
2015

**Затверджено та рекомендовано до друку
Президією Правління ВГО “Асоціація хірургів України”
28 квітня 2015 р., протокол № 4**

Редакційна колегія:

О. Ю. Усенко, М. В. Кости́лев, О. М. Литвиненко, П. О. Шкарбан, С. А. Андреещев

Рецензенти:

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Заграб'ян, А. Є. Коваленко,
Г. П. Козинец, В. М. Копчак, О. Г. Котенко, Д. Ю. Кривченя,
А. С. Лаврик, М. Ю. Ничитайло, П. І. Нікульніков

Відповідальний за випуск

М. Ю. Ничитайло

Видано в авторській редакції.

Відповідальність за зміст та дані, наведені в роботах,
несе автор.

XXIII з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: 3б. наук робіт. — Електрон. дан. (80 min 700 MB). — Київ, Клін. хірургія, 2015. — 1 електрон. опт. диск (CD—ROM). — Систем. вимоги: Pentium ; 2 MB RAM ; Windows XP, 7, 8, 10 ; Adobe Acrobat Reader. — Назва з контейнеар.

У збірнику наукових робіт узагальнено досягнення сучасної науки і практики в галузі хірургії. Наведено методи лікування вогнепальних ушкоджень, сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення, серцево-судинних захворювань, опіків, проблеми пластичної, дитячої, бариатричної та ендокринної хірургії, широко висвітлені питання ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень й трансплантології, та ін.

Для широкого кола лікарів-хірургів, наукових працівників, студентів медичних вузів.

контрольній групі добрі результати отримано у 9 хворих (з 18), у основній — у 7 (з 10) хворих. Висновки. Досягти стійкого і позитивного результату можна тільки при використанні комплексного підходу до лікування. Використання нових сучасних препаратів, таких як "Дефенсаль", дало кращі безпосередні і короткотермінові результати лікування, і допоможе покращити віддалені результати лікування.

ГОСТРОКРОВОТОЧИВИМ ДИВЕРТИКУЛЕЗОМ ОБОДОВОЇ КИШКИ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЦЕНТРУ

Повч О. А., Курбанов А. К. Переш Є. Є., Шаповалюк В. В., Марценюк Р. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Серед причин гострих кровотеч із нижніх відділів шлунково—кишкового тракту, дивертикулез складає від 17—33,5% випадків. У 14,7—20% пацієнтів консервативна терапія при гострокровоточивому дивертикулезі ободової кишки (ГҚДОК) є не-ефективною, що обумовлює необхідність виконання екстренних оперативних втручань. Найбільш достовірною методикою діагностики при ГҚДОК залишається фіброколоноскопія (ФКС), яка вимагає адекватної очистки кишківника і виконується, як правило, через декілька днів після поступлення хворого в стаціонар. Тому, питання екстренної діагностики ГҚДОК є дуже актуальним.

Мета. Вивчити та дослідити можливість підготовки товстого кишківника у хворих із ГҚДОК зразу ж після госпіталізації в стаціонар для виконання екстренної ФКС.

За період із 1999 по 2013 рр. у Київському міському Центрі по наданню екстренної допомоги хворим із гострими шлунково—кишковими кровотечами знаходилось на стаціонарному лікуванні 414 пацієнтів із ускладненим дивертикулезом ободової кишки. Із них, у 282 (68,1%) хворих, виявлено ускладнення дивертикулезу товстого кишківника шлунково—кишковою кровотечею. У цю групу включені тільки ті пацієнти, у яких кишкова кровотеча була ведучим симптомом, що визначав важкість їх стану. Всі хворі були розділені нами на 2 періода спостережень: 1—ий (1999—2007 рр.) — 127 осіб та 2—ий (2008—2013 рр.) — 155 досліджуваних. Із діагностичною метою в екстренному та в ранньому відстроченому періодах виконувались фіброгастроуденоскопія (ФГДС), оглядова рентгенографія органів черевної порожнини (ОРОЧП), ірригоскопія, ФКС. У 8—и випадках, у зв'язку з крайньою важкістю стану хворих, жодна методика дослідження виконана не була.

Спостерігається тенденція до зростання кількості хворих із ГҚДОК у 2—му періоді спостережень — 55% від загальної кількості досліджуваних. 71 (45,8%) пацієнт із 155 мали середню та важку ступені крововтрати. 127 (81,9%) хворих мали на момент госпіталізації більше 60 років, а 107 (69%) досліджуваних були в старечому віці (більше 70 років). Протягом 1—го періоду досліджень пацієнтів із ГҚДОК досліджували по традиційній схемі, що включала виконання ірригоскопії та ФКС у відстроченому, після зупинки кровотечі, періоді (у середньому, через 56+/-2,1 год із моменту поступлення в стаціонар). Протягом 2—го періоду спостережень застосовується наступний алгоритм ведення хворих із ГҚДОК: а) екстренна ФГДС для включення можливого джерела кровотечі у верхніх відділах шлунково—кишкового тракту. Це дозволило у 15 (9,7%) пацієнтів виявити супутні виразково—ерозивні ураження стравоходу, шлунку та 12—палої кишки, а у 5 хворих, поряд із діагностованим

пізніше ГКДОК, мали місце супутні кровотечі із верхніх відділів шлунково—кишкового тракту. Всім їм застосовані ендоскопічні міри гемостазу; б) виконання ОРОЧП у хворих із підозрою на ознаки гострої кишкової непрохідності (13 досліджень, здійснювали для визначення можливості проведення ФКС); в) підготовка товстого кишківника пацієнта до екстренної ФКС препаратами Fortrans чи Moviprep, у залежності від віку та вираженості супутньої патології; г) проведення екстренної ФКС із заходами ендоскопічного гемостазу. Дана маніпуляція виконана 69 хворим із середньою та важкою крововтратою у екстремному порядку (в середньому $6,5 \pm 0,5$ год із моменту поступлення).

Висновки

Запропонований алгоритм дослідження пацієнтів та підготовки у них товстого кишківника дозволяє проведення екстренної ФКС ($6,5 \pm 0,5$ год) хворим із ГКДОК із застосуванням засобів ендоскопічного гемостазу, що дозволило уникнути протягом 2—го періоду спостережень виконання пацієнтам екстрених оперативних втручань.

ДІАГНОСТИЧНЕ І ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОЇ КИШКИ У РОЗВИТКУ ПОЛІПІВ ШЛУНКОВО—КИШКОВОГО ТРАКТУ

Полінкевич Б. С., Пікас П. Б.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

У захисті кишкового бар'єру важливу роль відіграє його мікрофлора, яка у здорової людини налічує більше 500 видів мікроорганізмів, що беруть участь у перетравленні їжі і всмоктуванні поживних речовин, у регуляції газового складу кишечника та імунної системи, фізіологічної моторики шлунково—кишкового тракту та метаболізму білків, вуглеводів, ліпідів і нуклеїнових кислот, у синтезі вітамінів групи В і К та жирних кислот. Мікрофлора кишечника у здорової людини сприяє оновленню його клітин та захищає стінку від колонізації патогенними й умовно—патогенними мікроорганізмами, зростання кількості яких може приводити до утворення канцерогенних речовин. Все вище перелічене зумовило мету наших досліджень — вивчити та оцінити якісний і кількісний склад мікрофлори товстої кишки у хворих із поліпами шлунково—кишкового тракту.

Було обстежено 35 (35,4 %) здорових осіб (І група, порівняння) та 64 (64,6 %) хворих із поліпами товстої кишки (ІІ група). Вік обстежених 30—75 років. Дослідження проводились у клініці Державної установи "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова" НАМН України. Вивчалися клініко—анамнестичні та клініко—лабораторні дані, враховувались скарги пацієнтів, анамнез захворювання і життя. Проводився проктологічний огляд хворого, фіброколоноскопія, фіброгастродуоденоскопія. Мікробний склад товстої кишки вивчали бактеріологічним методом (посів калу на спеціальне середовище).

У здорових осіб (І група) була виявлена тільки облигатна мікрофлора (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus* і *Escherichia coli*), якій властива антагоністична дія по відношенню до умовно—патогенних і патогенних мікроорганізмів, перешкоджаючи колонізації ними організму і розвитку патологічних процесів у ньому.